

VERÖFFENTLICHUNGEN DES INSTITUTS
FÜR DEUTSCHES, EUROPÄISCHES
UND INTERNATIONALES MEDIZINRECHT,
GESUNDHEITSRECHT UND BIOETHIK
DER UNIVERSITÄTEN HEIDELBERG UND MANNHEIM

42

JOHANNA FÖLLMER

Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Zur Hospizversorgung nach § 39a SGB V
und zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
nach § 37b SGB V

 Springer

**Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches,
Europäisches und Internationales Medizinrecht,
Gesundheitsrecht und Bioethik der
Universitäten Heidelberg und Mannheim**
Band 42

Reihenherausgeber

Peter Axer, Heidelberg, Deutschland

Gerhard Dannecker, Heidelberg, Deutschland

Thomas Hillenkamp, Heidelberg, Deutschland

Lothar Kuhlen, Mannheim, Deutschland

Eibe H. Riedel, Mannheim, Deutschland

Jochen Taupitz, Mannheim, Deutschland

Weitere Bände in dieser Reihe

<http://www.springer.com/series/4333>

Johanna Föllmer

Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Zur Hospizversorgung nach § 39a SGB V
und zur spezialisierten ambulanten
Palliativversorgung nach § 37b SGB V

Johanna Föllmer
Juristische Fakultät
Universität Heidelberg
Heidelberg, Deutschland

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Axer
Zweitgutachter: Prof. Dr. Bernd Grzeszick
Tag der mündlichen Prüfung: 19.07.2013

ISSN 1617-1497

ISBN 978-3-642-41317-9

ISBN 978-3-642-41318-6 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-41318-6

Springer Heidelberg New York Dordrecht London New York

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Gedruckt auf säurefreiem Papier

Springer ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Meiner Familie

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Sommersemester 2013 von der Juristischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg als Dissertation angenommen. Sie befindet sich auf dem Stand von Juli 2013.

Mein herzlicher Dank gebührt vor allem meinem Betreuer und verehrten Doktorvater Herrn Prof. Dr. *Peter Axer*, der durch seine ständige Gesprächsbereitschaft wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat und mich während meiner lehrreichen Jahre an seinem Lehrstuhl als Mitarbeiterin in wissenschaftlicher sowie menschlicher Hinsicht sehr gefördert hat. Besonderen Dank schulde ich weiterhin Herrn Prof. Dr. *Bernd Grzeszick*, LL.M. (Cambridge) für die rasche Erstellung des Zweitgutachtens und Herrn Prof. Dr. *Gerhard Dannecker*, der den Vorsitz in der mündlichen Doktorprüfung innehatte. Dem Direktorium des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, darunter insbesondere Herrn Prof. Dr. *Jochen Taupitz* in seiner Eigenschaft als geschäftsführendem Direktor, danke ich für die freundliche Aufnahme der vorliegenden Arbeit in die eigene Schriftenreihe. Bedanken möchte ich mich schließlich bei der Gesellschaft zur Förderung der sozialrechtlichen Forschung e.V., insbesondere ihrem Vorsitzenden Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. *Ulrich Preis*, für die Auszeichnung der Arbeit durch den Dissertationspreis der Gesellschaft.

Johanna Föllmer

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Einführung.....	1
Kapitel 2 Begriff und Regelung der Palliativversorgung.....	9
I. Palliativmedizin	9
II. Entwicklung und Stand der Palliativversorgung	12
1. Historische Ursprünge von Palliativmedizin und Hospizbewegung.....	12
2. Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland	14
a) Das Verhältnis von Palliativmedizin und Hospizarbeit.....	14
b) Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland	15
c) Entwicklung der Hospizarbeit in Deutschland	16
d) Gegenwärtige Versorgungssituation	19
3. Palliativmedizin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	23
III. Inhalte und Prinzipien der Palliativversorgung.....	24
IV. Palliativversorgung zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung ...	27
1. Einordnung in das Krankenversicherungssystem.....	27
a) Stationäre und ambulante Hospizleistungen	28
b) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	30
2. Die Zuordnung zur gesetzlichen Krankenversicherung	32
3. Schnittstellen von Kranken- und Pflegeversicherung im Bereich der Palliativversorgung.....	35
V. Zusammenfassung.....	38
Kapitel 3 Stationäre und ambulante Hospizleistungen	39
I. Stationäre Hospizleistungen gemäß § 39a Abs. 1 SGB V.....	40

1. Der Leistungsanspruch	41
a) Stationäre Hospize i.S.v. § 39a Abs. 1 SGB V	42
aa) Stationäre oder teilstationäre Einrichtung	42
bb) Hospize in kirchlicher Trägerschaft	45
cc) Die palliativ-medizinische Behandlung	47
b) Vorliegen einer unheilbaren Krankheit	49
c) Erforderlichkeit der Aufnahme in eine Hospizeinrichtung	49
aa) Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V	49
bb) Unmöglichkeit ambulanter Versorgung	51
d) Verhältnis zu Pflegeleistungen nach dem SGB XI	56
e) Vereinbarungen über Art und Umfang der Versorgung	60
aa) Die Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 1 S. 4 SGB V	60
aaa) Vertragsgegenstand	61
bbb) Normenverträge als eigenständige Rechtsetzungsform	63
ccc) Rechtsnormcharakter	65
ddd) Parlamentsvorbehalt/Wesentlichkeitstheorie	68
eee) Die Beleihung Privater	70
fff) Zwischenergebnis	74
bb) Die Versorgungsverträge gemäß § 39a Abs. 1 S. 7 SGB V	75
cc) Die Schiedsregelung gemäß § 39a Abs. 1 S. 7-9 SGB V	76
f) Der Zuschussanspruch	81
aa) Anspruchsinhalt	82
bb) Rechtsnatur des Anspruchs	84
aaa) Sachleistungsanspruch	85
bbb) Kostenerstattungsanspruch	87
ccc) Einordnung des Zuschussanspruchs	89

g) Finanzierung der stationären Hospizleistungen	92
aa) Höhe des Entgelts.....	92
bb) Das Konzept der Mischfinanzierung	94
aaa) Leistungen der Krankenkasse.....	94
bbb) Leistungen der Pflegekasse.....	96
ccc) Zusammentreffen der Leistungen.....	97
2. Leistungserbringung.....	100
a) Die allgemeine Funktion des Leistungserbringungsrechts.....	103
aa) Vorrang des Leistungsrechts.....	103
bb) Das Leistungsrecht als Rahmenrecht.....	104
aaa) Verknüpfung von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht	105
bbb) Anspruchsstruktur	106
cc) Konkretisierung durch Leistungserbringungsrecht	108
dd) Leistungs- und Leistungserbringungsrecht als Einheit.....	110
b) § 39a Abs. 1 S. 4-9 SGB V als Normen des Leistungserbringungsrechts?	111
c) Leistungserbringungsrecht des SGB XI?	113
d) Konsequenzen	116
aa) Rechtsnatur der Rahmenvereinbarung und der Versorgungsverträge .	117
bb) Anwendbarkeit des Kartell- und Vergaberechts auf die Versorgungsverträge.....	119
II. Ambulante Hospizleistungen	121
1. Förderungsvoraussetzungen	122
2. Förderungsleistungen	125
3. Subjektiv-rechtlicher Anspruch der ambulanten Hospizdienste	129
a) Zuschuss institutioneller Art.....	129

b) Subvention.....	131
4. Rechtskonkretisierung durch die Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 2 S. 7 SGB V	134
5. Ambulante Hospizarbeit als Aufgabe der Krankenversicherung	136
III. Zusammenfassung.....	138
Kapitel 4 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	140
I. Die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Beispiel „Dresdner Brückenprojekt“	142
II. Der Leistungsanspruch	145
1. Anspruchsvoraussetzungen	145
a) Vorliegen einer Krankheit	145
b) Abgrenzung zu „allgemeinen“ ambulanten palliativ-medizinischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 27 ff. SGB V.....	147
aa) Besonders aufwändige Versorgung	148
bb) Das Verhältnis von allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	149
c) Leistungsort	152
aa) Vertraute Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs.....	152
bb) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in stationären Hospizen	154
d) Ärztliche Verordnung.....	155
2. Anspruchsinhalt.....	159
a) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.....	159
b) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.....	162

aa) Das Verhältnis von § 37b Abs. 1 S. 4 SGB V und § 37b Abs. 2 SGB V	163
bb) Anspruchsvoraussetzungen und -inhalt	165
3. Die Konkretisierung des Leistungsanspruchs durch Richtlinien	167
a) Die Wirkung der Richtlinien	168
b) Die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses..	169
aa) Personell-demokratische Legitimation	171
aaa) Kompensation personeller Legitimation	172
bbb) Zulässiges Abweichen im Legitimationsniveau	174
bb) Sachlich-inhaltliche Legitimation.....	177
c) Regelungsgehalt der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	180
aa) Anforderungen an Erkrankungen und Versorgungsbedarf.....	180
bb) Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	182
cc) Mangelnde Bestimmtheit der SAPV-Richtlinie.....	184
dd) Kein Verstoß gegen § 37b SGB V.....	186
III. Leistungserbringung.....	188
1. Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes.....	188
2. Leistungserbringer.....	191
a) Palliative-Care-Teams	192
b) Organisatorische, personelle und sachliche Voraussetzungen.....	194
c) Das Krankenhaus als Leistungserbringer.....	195
3. Verträge über Leistungserbringung und Vergütungen.....	196
a) Vertragspartner	196
b) Befugnis zum Abschluss von Rahmenverträgen.....	198
c) Vertragsinhalt	199

d) Entscheidung über den Vertragsschluss	202
4. Rechtsschutz bei Nichtberücksichtigung von Leistungserbringern	205
a) Bestehen eines Anspruchs auf Vertragsschluss.....	205
aa) Anspruch aus § 132d Abs. 1 SGB V.....	205
bb) Anspruch aus § 69 Abs. 2 S. 1 SGB V i.V.m. §§ 19 bis 21 GWB.....	206
aaa) Krankenkassen als Unternehmen im Sinne des GWB.....	207
bbb) Kontrahierungszwang	212
b) Bestehen eines Anspruchs auf Überprüfung der Auswahlentscheidung....	213
5. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und Vergaberecht.....	215
a) Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber.....	216
b) Vergabe öffentlicher Aufträge	218
c) Überschreitung der Schwellenwerte	221
6. Rechtsschutz des Versicherten	222
a) Anspruch auf Vertragsschluss der Krankenkassen.....	223
b) Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V	224
c) Exkurs: Schiedsstellen und Kollektivverträge als Mittel zur Förderung von Vertragsabschlüssen.....	225
7. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und integrierte Versorgung	227
IV. Zusammenfassung	229

Kapitel 5 Die Auswirkungen staatlicher Schutzpflichten und der Grundrechte

auf die Palliativversorgung..... 232

I. Staatliche Schutzpflichten am Lebensende.....	232
1. Grundrechtliche Schutzpflichten.....	232
2. Sozialstaatliche Schutzpflichten.....	233
a) Sozialstaatsprinzip	234
b) Vorgaben aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip.....	237

c) Vorgaben aus der Garantie der Menschenwürde i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip	239
aa) Schutzbereich: Die Menschenwürde des Sterbenden	239
bb) Anspruch auf Sicherung des medizinischen Existenzminimums	241
aaa) Anforderungen des Untermaßverbotes	243
bbb) Anwendung auf die Palliativversorgung	245
d) Vorgaben aus Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip	248
aa) Art. 2 Abs. 1 GG als Maßstab für das krankensicherungsrechtliche Leistungsspektrum	248
bb) Die Begrenzung auf den Zuschussanspruch gemäß § 39a Abs. 1 SGB V	252
cc) Die Begrenzung auf die Teilleistung gemäß § 37b Abs. 1 S. 4 SGB V	253
3. Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Einordnung der Palliativversorgung in die gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung?	254
4. Zwischenergebnis	256
II. Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG durch die Begrenzung auf die Teilleistung gemäß § 37b Abs. 1 S. 4 SGB V?	256
III. Verfassungsmäßigkeit der Begrenzung auf den Zuschussanspruch gemäß § 39a Abs. 1 SGB V aus Sicht der Leistungserbringer	258
1. Berufsfreiheit der Hospize	259
a) Vergütung als Teil der Berufsfreiheit	259
b) Rechtswidriger Eingriff durch Finanzierungspflicht	260
2. Eigentumsfreiheit der Hospize	264
3. Gleichbehandlungsgebot	265
4. Zwischenergebnis	269
IV. Beschränkung auf zugelassene Arzneimittel	269

1. Off-Label-Use	271
2. Anwendung der Off-Label-Rechtsprechung auf die Palliativversorgung	272
3. Absenkung der Evidenzanforderungen	273
a) Seltenheitsfall	273
b) Nikolausbeschluss	274
aa) Inhalt des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005	275
bb) Anwendbarkeit auf die Arzneimittelversorgung	277
cc) Verhältnis zur Off-Label-Rechtsprechung	278
dd) Anwendung der Kriterien des Nikolausbeschlusses auf die Palliativversorgung	279
aaa) Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit	279
bbb) Keine dem medizinischen Standard entsprechende Leistung	280
ccc) Positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs	280
4. Zwischenergebnis	283
V. Ergebnis	284
Kapitel 6 Schlussbetrachtung	285
Kapitel 7 Thesen	290
Literaturverzeichnis	293

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ASTUP	Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin (Zeitschrift)
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G + G	Gesundheit und Gesellschaft
IV	Integrierte Versorgung
MEDSACH	Der Medizinische Sachverständige
PKR	Pflege- und Krankenhausrecht (Zeitschrift)
RsDE	Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung
SDSRV	Schriftenreihe des deutschen Sozialrechtsverbandes
SRa	Sozialrecht aktuell (Zeitschrift)
SuP	Sozialrecht + Praxis (Zeitschrift)

Wegen der übrigen im Text und in den Fußnoten verwendeten Abkürzungen wird, soweit diese nicht ohnehin üblich und allgemeinverständlich sind, auf *Kirchner*, Hildebert, Abkürzungsverzeichnis der Rechtssprache, 7. Auflage, Berlin 2013 verwiesen.

Kapitel 1 Einführung

„Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden. Familiäre und professionelle Hilfe sowie die ehrenamtliche Tätigkeit unterstützen dieses Anliegen.“ So lautet der Anfang des ersten Leitsatzes der am 08.09.2010 von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und der Bundesärztekammer vorgestellten „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“. Hintergrund der Charta ist eine internationale Initiative, welche als Budapest Commitments auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 vereinbart wurde¹. Ziel dieser Initiative war es, die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern, indem zentrale Bereiche wie Aus-, Fort- und Weiterbildung, Forschung, Politik, Qualitätsmanagement und allgemeine Zugänglichkeit der Versorgung mit Arzneimitteln in den Mittelpunkt gestellt und deren Entwicklung gefördert werden sollte². In den nationalen Charta-Prozess, der in der Zeit von September 2008 bis September 2010 stattfand, waren neben Vertretern der Trägerorganisationen DGP, DHPV und Bundesärztekammer weitere Experten als Repräsentanten von Gesundheitswesen und Gesellschaft eingebunden³. Hierbei sind beispielsweise Vertreter der Gesundheitsministerien der Länder, der Kirchen, der Berufsverbände von Ärzten, Apothekern, Physiotherapeuten, der Pflege und der Sozialarbeit oder Vertreter von Patienten- und Betroffenenorganisationen zu nennen⁴.

In der Charta wird einerseits der derzeitige Zustand in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland dargestellt, andererseits werden u.a. die

¹ Klinkhammer/Richter-Kuhlmann, DÄ 2010, S. A-1744.

² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer, Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, S. 5.

³ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer, Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, S. 5.

⁴ Weitere Teilnehmer des Runden Tisches, dem Konsensus- und Entscheidungsgremium im Charta-Prozess, sind aufgelistet auf der Homepage der Charta (abzurufen unter www.charta-zur-betreuung-sterbender.de).

gesellschaftspolitischen Herausforderungen an die Versorgungsstrukturen benannt. Die gemeinsame Verpflichtung der die Charta unterzeichnenden Institutionen und Einzelpersonen zur Verbesserung der palliativ-medizinischen Situation in Deutschland soll vor allem auch zu einer breiteren gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Sterbebegleitung führen⁵.

Dies ist vor allem deshalb notwendig, weil die Palliativversorgung, bedingt durch den demographischen Alterungsprozess der Gesellschaft, in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewann und künftig weiter gewinnen wird. Die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung verschiebt sich kontinuierlich in der Weise, dass die Menschen durchschnittlich älter werden. Der Anteil der über 80-Jährigen machte zu Beginn des letzten Jahrhunderts etwa 0,5 % der Gesamtbevölkerung aus. Heute liegt er bei ca. 5 %, im Jahr 2050 wird er etwa 14 % betragen⁶. Unter Berücksichtigung der besonderen Morbidität hochbetagter Menschen wird die Palliativmedizin in Zukunft eine immer größere Rolle spielen.

Seit der Betreuung des ersten Patienten auf einer Palliativstation vor 27 Jahren haben Palliativmedizin und Hospizversorgung sich ständig weiterentwickelt. 1990 gab es bundesweit nur drei Palliativstationen und drei stationäre Hospize; bis 2012 ist deren Zahl auf etwa 431 (239 Palliativstationen, 192 stationäre Hospize) angewachsen; hinzukommen 1.500 ambulante Hospizdienste und mittlerweile sechs Lehrstühle für Palliativmedizin⁷. Auch wenn die Fortschritte im Bereich der Palliativversorgung, etwa durch die gesetzliche Verankerung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in § 37b SGB V im Jahre 2007 und die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach im Medizinstudium, bereits erheblich sind, ist eine flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor noch lange nicht erreicht. Im stationären Bereich wird eine Zahl von 50 Palliativ- bzw. Hospizbetten pro 1 Mio. Ein-

⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer, Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, S. 3; *Klinkhammer/Richter-Kuhlmann*, DÄ 2010, S. A-1744.

⁶ *Doblhammer/Dethloff*, in: Günster/Klose/Schmacke, Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, S. 8. Mit ähnlichen Zahlen: *Müller-Busch*, G + G Beilage Wissenschaft 2008, S. 12.

⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen – Stand: August 2012 (abrufbar unter www.dgpalliativmedizin.de); Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste – Stand: 01/2011 (abrufbar unter www.dhpv.de); *Klaschik*, in: Husebø/Klaschik, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 5 f.

wohner als bedarfsdeckend erachtet⁸. Dem standen 2009 17 Palliativ- und 18 Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner entgegen⁹. Im ambulanten Bereich ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung noch im Aufbau begriffen. Aufgrund der lückenhaften Versorgungsstruktur ist davon auszugehen, dass derzeit in ca. 50 % der Bedarfsfälle spezialisierte ambulante Palliativversorgung geleistet wird¹⁰.

Die medizinisch-technischen Fortschritte der letzten Jahrzehnte haben dazu geführt, dass sich die gesundheitliche Versorgung in hohem Maße verbessert hat. Um Ängsten der Menschen vor einer medizinisch-technischen Überversorgung, die zu schmerzhaftem und leidvollem Sterben führt, zu begegnen und ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, stellen Palliativmedizin und Hospizarbeit die psychosoziale, pflegerische und spirituelle Sterbebegleitung und Betreuung von Patienten und Angehörigen neben die physischen Aspekte in den Mittelpunkt. Ziel der Palliativversorgung ist die Gewinnung und Erhaltung der Lebensqualität im Endstadium des Lebens. Um der Komplexität der Probleme der Patienten am Lebensende gerecht zu werden, bedient sie sich eines interdisziplinär aufgebauten ärztlichen Teams und spricht multiprofessionell die verschiedenen Facetten der Krankheit an. Die Umsetzung einer angemessenen palliativmedizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung in Deutschland sieht sich jedoch schwierigen institutionell-organisatorischen sowie finanziellen Problemen gegenüber¹¹.

Problematisch sind vor allem die traditionellen strukturellen Grenzen der Gesundheitsversorgung in Deutschland, wie die Trennung zwischen „privat“ und „gesetzlich“ Versicherten, die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Medizin und Pflege, Haus- und Fachärzten. Zudem ist eine Grenzziehung zwischen stationärer Versorgung mit Heilungsziel und stationärer Versorgung ohne Heilungsziel

⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Hintergrund-Information/Palliativmedizin im stationären Sektor; *Schindler*, Bundesgesundheitsblatt 2006, S. 1080.

⁹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Hintergrund-Information/Palliativmedizin im stationären Sektor.

¹⁰ Hierfür sind die 46.764 Abrechnungsfälle im Jahr 2011 (vgl. den Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2011, S. 5) ins Verhältnis zu setzen zu den 852.000 Sterbefällen im Jahr 2011 (vgl. Pressemitteilung Nr. 425 vom 06.12.2012, abrufbar unter www.destatis.de). Die sich ergebenden ca. 5,5 % stellen etwa die Hälfte des angenommenen Bedarfs von 10 % aller Sterbenden dar.

¹¹ *Höfling*, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 3.

(„Pflege“) gerade bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender kaum möglich¹². Besonders in diesem Bereich kommt es auf eine individuelle Versorgung an, die in interdisziplinärer Art und Weise erfolgen muss. Eine multiprofessionelle und disziplinübergreifende Zusammenarbeit bei der Behandlung der Patienten erfordert die Einbindung verschiedener Berufsgruppen mit ihren speziellen Kenntnissen sowie eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Strukturen.

Gemäß § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V ist die Linderung von Krankheitsbeschwerden Teil der Krankenbehandlung. Die Beschwerden eines Schwerstkranken bzw. Sterbenden sind auf eine Krankheit zurückzuführen. Es geht somit um einen Aspekt ärztlichen Handelns. Dabei ist zu unterscheiden zwischen einer allgemeinen Palliativversorgung, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in erster Linie in den primären Versorgungsstrukturen der vertragsärztlichen Versorgung und der allgemeinen Krankenhausstationen erfolgt, und einer spezialisierten Palliativversorgung für Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf, die auf Palliativstationen in Krankenhäusern oder durch spezialisierte Leistungserbringer in der häuslichen Umgebung erbracht wird. Regelungen speziell für Palliativpatienten werden dabei zunächst in § 39a SGB V getroffen, der die stationären und ambulanten Hospizleistungen beinhaltet. Außerdem normiert § 37b SGB V die spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Daneben werden viele Palliativpatienten aufgrund ihrer Krankheit für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe bedürfen, so dass gleichzeitig Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI vorliegen kann. Dann stellt sich die Frage nach der Zuständigkeit von Kranken- oder Pflegekassen. Gerade im ambulanten Bereich kommt es zu vielerlei Überschneidungen, so dass die Zuständigkeiten oft unklar sind, was zu erheblichen Belastungen in der konkreten Versorgungssituation führt¹³.

Der Zusammenhang beider Versicherungsbereiche wird gerade in den speziellen Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zur Palliativversorgung deutlich. So sieht die Regelung zur stationären Hospizversorgung gemäß § 39a Abs. 1 SGB V lediglich eine Teilfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung vor. Zusätzlich

¹² *Brysch*, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 14.

¹³ *Schindler*, in: Höfling/Brysch, Recht und Ethik der Palliativmedizin, S. 27.

soll eine Finanzierung über die gesetzliche Pflegeversicherung erfolgen. Zudem wurde mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V erstmals eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, sowie der Koordinierung der einzelnen Teilleistungen festgeschrieben¹⁴, obwohl eine Finanzierung dieser spezialisierten Leistungen ausschließlich über die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt.

Vorliegende Arbeit untersucht die Rechtsgrundlagen der Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, um Probleme in der Umsetzung aufzudecken und Rückschlüsse auf Möglichkeiten zur Verbesserung einer flächendeckenden Versorgung zu ziehen. Hierbei sollen die Regelungen im Mittelpunkt stehen, die sich ausdrücklich und ausschließlich der Versorgung von Palliativpatienten widmen. Aus diesem Grund wird im Rahmen der stationären Palliativversorgung lediglich auf die stationäre Hospizversorgung gemäß § 39a Abs. 1 SGB V eingegangen. Im Bereich der ambulanten Palliativversorgung stehen die ambulanten Hospizdienste gemäß § 39a Abs. 2 SGB V und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V im Mittelpunkt der Untersuchungen.

Im Kapitel 1 erfolgen zunächst eine Klärung des Begriffs der Palliativversorgung sowie eine kurze Darstellung der Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizarbeit von den historischen Ursprüngen bis zu ihrer Etablierung in Deutschland. Des Weiteren werden die wichtigsten Inhalte und Prinzipien der Palliativversorgung sowie deren aktueller Stand in Deutschland dargestellt. Dabei wird auch die gesellschaftliche Bedeutung der Palliativversorgung in den Blick genommen. Sodann erfolgt eine Darstellung der Entwicklung der Regelungen in § 39a SGB V und § 37b SGB V und eine Einordnung in das krankenversicherungsrechtliche System. Dabei werden die Schnittstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für den Bereich der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender aufgezeigt, die gerade für die Hospizversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von Bedeutung sind.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit den stationären und ambulanten Hospizleistungen gemäß § 39a Abs. 1 und 2 SGB V. Dabei werden zunächst die Voraussetzungen eines Anspruchs auf stationäre Hospizleistungen erläutert. Zu untersuchen ist, ob es sich bei

¹⁴ BT-Drs. 16/3100, S. 105.

dem Anspruch auf den Zuschuss der Krankenkasse zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen um einen Kostenerstattungs- oder Sachleistungsanspruch handelt. Problematisch stellt sich dabei dar, dass Anspruchsgegenstand des § 39a Abs. 1 SGB V nicht die stationäre Hospizversorgung als solche, sondern lediglich die teilweise Finanzierung dieser ist.

Die für das SGB V typische gesetzestechnische Trennung von Leistungsrecht (§§ 11 ff.) und Leistungserbringungsrecht (§§ 69 ff.) wird bei stationären und ambulanten Hospizleistungen nicht eingehalten. Hier ist die Frage des Verhältnisses von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht von besonderer Bedeutung. Wurde das Leistungserbringungsrecht früher als nachrangig gegenüber dem Leistungsrecht angesehen, so stellt das Leistungsrecht nach heute herrschender Meinung ein Rahmenrecht dar, welches durch leistungserbringungsrechtliche Normen konkretisiert wird. Folglich stellt sich die Frage, ob eine entsprechende Konkretisierung des Leistungsanspruchs mittels der Rahmenvereinbarung und der Versorgungsverträge nach § 39a Abs. 1 S. 4-9 SGB V erfolgt und diese so eine leistungserbringungsrechtliche Funktion wahrnehmen. Ähnlich untypisch verortet ist Absatz 2 des § 39a SGB V, der die ambulante Hospizversorgung regelt. Hierbei handelt es sich nicht um einen Leistungsanspruch des Versicherten, sondern lediglich um eine Förderpflicht der Krankenkassen.

Kapitel 3 behandelt die durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in § 37b SGB V eingeführte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Der Anspruch steht Patienten mit besonders hohem Versorgungsbedarf zu und ergänzt die existierenden Palliativleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach §§ 27 ff. SGB V, weshalb eine Abgrenzung zu den allgemeinen ambulanten Palliativleistungen zu erfolgen hat. Eine Konkretisierung des Leistungsanspruchs erfolgt gemäß § 37b Abs. 3 SGB V durch die Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Dabei wird untersucht, inwieweit die Richtlinie inhaltlich bestimmt ist und den Konkretisierungsauftrag tatsächlich wahrnimmt.

Im Rahmen der Leistungserbringung werden keine Verträge kollektiv über die Kasernenärztlichen Vereinigungen oder Hausarztverbände geschlossen, sondern direkt Verhandlungen der Leistungserbringer mit den einzelnen Krankenkassen geführt. Die

Krankenkassen schließen entsprechende Verträge über die Erbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Dabei findet eine Auswahl unter den Bewerbern statt, so dass zu klären ist, ob die Leistungserbringer, mit denen keine Verträge abgeschlossen werden, die Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung der Auswahlentscheidung haben oder sogar einen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages durchsetzen können. Der Abschluss der Versorgungsverträge birgt daneben weitere Fragen, wie die, ob eine Verpflichtung der Krankenkassen besteht, Aufträge zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung mittels eines Vergabeverfahrens auszuschreiben bzw. inwieweit die Versicherten eine Rechtsschutzmöglichkeit haben, wenn eine ausreichende Versorgung mit SAPV mangels Vertragsschlüssen nicht erfolgt.

Kapitel 4 beschäftigt sich mit den verfassungsrechtlichen Schutzpflichten des Staates im Zusammenhang mit der Palliativversorgung. Dabei soll zunächst allgemein festgestellt werden, ob sich aus dem Grundgesetz eine Pflicht des Gesetzgebers ergibt, medizinische und pflegerische Leistungen zur Verfügung zu stellen, um die Versorgung von Palliativpatienten zu gewährleisten. In Betracht kommen insoweit das Sozialstaatsprinzip, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG sowie die Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 GG.

Des Weiteren wird untersucht, inwiefern die Regelungen der Hospizversorgung und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verfassungsrechtlichen Anforderungen genügen. Problematisch ist hierbei zunächst die Beschränkung des Anspruchs gemäß § 37b SGB V für Versicherte in stationären Hospizen auf den ärztlichen Leistungsanteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Zudem haben Versicherte gemäß § 39a Abs. 1 SGB V lediglich Anspruch auf einen Zuschuss zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen. Eine weitere Leistungseinschränkung in der Palliativversorgung ergibt sich durch die Beschränkung des Anspruchs auf Arzneimittel auf solche, die zugelassen sind. Mag dies aus Gründen der Qualitätssicherung auch sinnvoll und notwendig sein, so stellt sich dennoch die Frage, ob im Bereich der Palliativversorgung einem solchen Leistungsausschluss nicht aus verfassungsrechtlichen Gründen Grenzen gesetzt sind. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entschei-

derung vom 06.12.2005, dem sogenannten Nikolausbeschluss¹⁵, das Leben als Höchstwert innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung qualifiziert. Behördliche und gerichtliche Verfahren müssen demnach der im Grundrecht auf Leben enthaltenen grundlegenden objektiven Wertentscheidung gerecht werden und sie bei der Auslegung und Anwendung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts berücksichtigen¹⁶.

Im abschließenden Kapitel 5 soll aufgrund der in den vorangegangenen Kapiteln erläuterten Problematiken eine Antwort auf die Frage gegeben werden, inwieweit die Versorgung von Palliativpatienten in der gesetzlichen Krankenversicherung in ausreichendem Maße erfolgt und wie sich das Verhältnis zur Pflegeversicherung darstellt. Darüber hinaus werden die künftigen Herausforderungen und Zukunftsperspektiven der in den letzten Jahren bereits in den gesellschaftlichen Fokus gerückten Betreuung Schwerstkranker und Sterbender in den Blick genommen.

¹⁵ BVerfGE 115, 25 ff.

¹⁶ BVerfGE 115, 25 (45).

Kapitel 2 Begriff und Regelung der Palliativversorgung

I. Palliativmedizin

Der Begriff „Palliativmedizin“ leitet sich vom lateinischen „pallium“ (Mantel) ab. „Palliare“ bedeutet: mit einem Mantel umgeben/ummanteln¹. So soll die Palliativmedizin den sterbenden Patienten schützen und ihn umfassend betreuen. Entsprechend der Definition der WHO aus dem Jahre 1990 ist Palliativmedizin die „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“². Palliativversorgung hat zum Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung der Patienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen³.

Darüber hinaus werden von der Palliativmedizin auch die Betreuung der Angehörigen und präventive Aspekte umfasst⁴. „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“⁵. Palliativmedizin soll somit bereits zu einem frühen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf zum Einsatz kommen.

Darauf stellt auch die Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ab: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progre-

¹ Cremer-Schaeffer/Radbruch, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231; Dietrich, SF-Medien 2011, S. 67; Engelmann, GesR 2010, S. 577; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 5.

² Zitiert nach Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 5; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 2.

³ Arnold/Mailahn/Wilck, Psyhyrembel, klinisches Wörterbuch 2013, Stichwort: Palliativversorgung.

⁴ BT-Drs. 15/5858, S. 5; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 6.

⁵ Vgl. die erweiterte Definition der WHO aus dem Jahre 2002, World Health Organization, National Cancer Control Programmes, S. 84. Dazu auch Ried, in: Anderheiden/Eckart, Handbuch Sterben und Menschenwürde, Kapitel 1.7, S. 106 ff.

dienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar⁶. Hier wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass Palliativmedizin bereits in einer früheren Krankheitsphase, teilweise noch parallel zu einer kurativen Therapie angewandt werden kann. Zunächst war der medizinische Anwendungsbereich nur für Patienten mit Tumorerkrankungen eröffnet, später auch für weitere Krankheiten mit einem progressiven Verlauf im weit fortgeschrittenen Stadium mit begrenzter Lebenserwartung, wie AIDS, neurologische, kardiale, respiratorische oder renale Erkrankungen⁷.

Oft wird Palliativmedizin als eine neue Disziplin angesehen, tatsächlich gehört sie jedoch zu den ältesten medizinischen Behandlungsformen. Mangels ausreichender medizinischer Möglichkeiten existierte früher nur bei wenigen Erkrankungen ein kurativer, also heilender Ansatz. Dementsprechend blieb den Ärzten kaum etwas anderes übrig, als ihre Fähigkeiten auf die Linderung der Symptome zu konzentrieren⁸. Neu aber sind die medizinischen und wissenschaftlichen Entwicklungen im Bereich der Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie der Name „Palliativmedizin“⁹.

Palliativ-medizinische Versorgung ist daraufhin ausgerichtet, eine möglichst hohe Funktionsfähigkeit und Lebenszufriedenheit des Patienten zu erhalten, wenn keine Heilung möglich ist. Der Tod soll weder beschleunigt noch hinausgezögert werden¹⁰. Im Mittelpunkt steht nicht das Heilungsziel, sondern das Wohlbefinden des Patienten, seine Schmerzfreiheit und psychische Unterstützung. Ziele der Palliativmedizin sind demnach einerseits die Behandlung quälender Symptome, andererseits die Unterstützung und

⁶ Radbruch/Nauck/Sabatowski, Was ist Palliativmedizin?, S. 1.

⁷ BT-Drs. 15/5858, S. 6; Klaschik, in: Zenz/Donner, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 233; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 1; Radbruch/Zech, in: Aulbert/Klaschik/Pichlmaier, Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe, S. 53.

⁸ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 5; Klaschik, in: Zenz/Donner, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 233; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 4.

⁹ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 5; Klaschik, in: Zenz/Donner, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 233.

¹⁰ Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 6; Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 1.

Hilfe bei der Bewältigung und Verarbeitung der Krankheit durch psychosoziale Betreuung und nicht zuletzt auch durch die Unterstützung der Angehörigen¹¹. Dieses Ziel findet sich auch in der zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 3 SGB V erlassenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Darin heißt es, dass anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern, im Vordergrund stehe¹². Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten¹³.

Im angelsächsischen Sprachraum setzten sich in den letzten Jahren die Bezeichnungen „Palliative Care“ (palliative Betreuung) für die Bemühungen des gesamten Teams von Ärzten, Pflegern, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Physiotherapeuten und ehrenamtlichen Helfern und „Palliative Medicine“ für die ärztlichen palliativ-medizinischen Maßnahmen durch¹⁴. Im deutschen Sprachgebrauch hingegen existiert eine solche Trennung nicht, weshalb hier die Verwendung der Begrifflichkeiten sehr uneinheitlich ist. So werden für die umfassende Versorgung unheilbar Schwerstkranker und Sterbender, die sowohl die ärztliche Versorgung als auch die Betreuung durch Pflegepersonal, Seelsorger und weitere an der Versorgung beteiligte Professionen umfasst, die Bezeichnungen „Palliative Care“, „Palliativmedizin“, „Palliativbetreuung“ oder „Palliativversorgung“ vielfach parallel verwendet¹⁵.

¹¹ Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.2.1, S. 21 ff.; Grauer, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 6 f.

¹² § 1 Abs. 1 S. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20.12.2007 in der Fassung vom 15.04.2010.

¹³ § 1 Abs. 5 SAPV-RL.

¹⁴ Radbruch/Nauck/Aulbert, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 2 f.

¹⁵ Vgl. Dietrich, SF-Medien 2011, S. 68.

II. Entwicklung und Stand der Palliativversorgung

1. Historische Ursprünge von Palliativmedizin und Hospizbewegung

Die historischen Ursprünge der Palliativversorgung reichen weit zurück. Die ersten Einrichtungen, die zumindest auch der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender dienten, waren Hospize. Diese bereits mit Beginn des Christentums im Römischen Reich existierenden Einrichtungen boten Reisenden, Waisen, Bedürftigen, Kranken und Sterbenden Unterkunft und Hilfe¹⁶. In der zweiten Hälfte des 4. Jahrhunderts dehnten sich die Hospize über den östlichen Mittelmeerraum hinaus aus und wurden von mönchischen Orden geleitet¹⁷. Die Aufgaben solcher Hospize waren allerdings andere als die heutiger Hospize. Die Versorgung Schwerstkranker stellte nur einen Teil der Arbeit dar. Daneben dienten sie als Herbergen für Pilger während der Kreuzzüge im Heiligen Land und entlang wichtiger Pilgerwege¹⁸. Die Funktion ausschließlich zur Pflege Sterbender kam Hospizen erst im 19. Jahrhundert zu. Eines der ersten Hospize, welches ausschließlich der Pflege und Begleitung Sterbender diente, wurde 1842 von *Jeanne Garnier* in Lyon ins Leben gerufen¹⁹. Sie gründete zusammen mit anderen die „Association des Dames du Calvaire“ (calvaire = Kalvarienberg, Kreuzweg), die unheilbar kranke Frauen pflegte, welche im Krankenhaus nicht aufgenommen wurden²⁰. Zu diesem Zeitpunkt kann erstmals von Einrichtungen zur palliativen Pflege unheilbar Kranker gesprochen werden.

Mit der Verbreitung der Antibiotika Mitte des 20. Jahrhunderts und den neuen operativen Möglichkeiten nach der Weiterentwicklung der Anästhesie trat in der Medizin

¹⁶ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 9; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

¹⁷ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 9; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

¹⁸ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Napiwotzky*, in: *Anderheiden/Eckart*, Handbuch Sterben und Menschenwürde, Kapitel 3.7, S. 864.

¹⁹ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 9; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

²⁰ *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 9.

allerdings die Beseitigung der Krankheitsursachen in den Vordergrund²¹. Darum wurden von einzelnen Ärzten und Krankenschwestern Konzepte entwickelt, die eine ganzheitliche Therapie des Patienten im Blick hatten. Ausgangspunkt der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin war die Gründung des St. Christopher's Hospice durch *Cicely Saunders* in London im Jahre 1967²². Neben der stationären Versorgung kamen hier eine Ambulanz und ein Hausbetreuungsdienst hinzu. Außerdem widmete man sich der Forschung und der Unterstützung Angehöriger. Das St. Christopher's Hospice wurde damit zum Vorbild für viele weitere Einrichtungen in der ganzen Welt²³.

Mit der Hospizbewegung ist die Palliativmedizin insoweit eng verbunden, als dass diese durch die Integration der Hospizidee in die Schulmedizin entstand²⁴. 1975 wurde die erste Palliativstation am Royal Victoria Hospital in Montreal als in das Krankenhaus integrierte Station eröffnet²⁵. Damit standen den Palliativpatienten alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Krankenhauses zur Verfügung. Der Gründer der Einrichtung, *Belfour Mount*, gilt als der Erste, der das Wort „palliativ“ benutzte und die auf die Sterbephase ausgerichtete Bezeichnung „Terminal Care“ durch „Palliative Care“ ersetzte²⁶. In fast allen europäischen Ländern entwickelte sich erst Ende der 80er bzw. Anfang der 90er Jahre eine derartige Hospizbewegung. 1989 wurde die European Association for Palliative Care (EAPC) gegründet, der Deutschland seit 1995 mit der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“ (DGP) angehört²⁷.

²¹ *Cremer-Schaeffer/Radbruch*, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 231; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 4.

²² *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *ders.*, in: *Husebø/Klaschik*, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 2; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

²³ *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *ders.*, in: *Husebø/Klaschik*, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 2, 4; *Klaschik/Nauck/Radbruch/Sabatowski*, *Der Urologe (B)* 2001, S. 222.

²⁴ *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729; *Klaschik*, in: *Zenz/Donner*, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 234.

²⁵ *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *Klaschik*, in: *Zenz/Donner*, Schmerz bei Tumorerkrankungen, Kapitel 6, S. 234; *ders.*, in: *Husebø/Klaschik*, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 4.

²⁶ *Mount*, *Canadian Medical Association Journal* 1976, S. 119 ff.; vgl. auch *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10; *BT-Drs. 15/5858*, S. 10; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: *Aulbert/Nauck/Radbruch*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 2; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729.

²⁷ *BT-Drs. 15/5858*, S. 10; *Grauer*, Strafrechtliche Grenzen der Palliativmedizin, S. 10 f.; *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 729.

2. Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland

a) Das Verhältnis von Palliativmedizin und Hospizarbeit

Palliativmedizin und Hospizarbeit entwickelten sich in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern weitgehend unabhängig voneinander. Grund dafür war, dass die Hospizbewegung sterbenden Menschen eine psychosoziale und spirituelle Betreuung zukommen lassen wollte und das Hinzuziehen von Ärzten darum ablehnte²⁸. Zudem kam mit dem Fortschreiten der modernen Hochleistungsmedizin auf Seiten der Hospizbewegung die Befürchtung auf, dass eine zunehmende Medikalisierung die Verschlechterung der ganzheitlichen Sterbebegleitung zur Folge habe²⁹. Aus diesem Grund ist ein Hospiz in Deutschland eine Pflegeeinrichtung, die über eine eigene Organisationsstruktur verfügt und in der Patienten palliativ-pflegerisch, psychosozial und spirituell betreut werden, während niedergelassene Ärzte die medizinische Betreuung und Schmerztherapie übernehmen³⁰. Palliativstationen hingegen sind Stationen, die an ein Krankenhaus angebunden oder in ein solches integriert sind und unter ärztlicher Leitung stehen; Behandlungsziel ist hier die Schmerz- und Symptomlinderung³¹. Die Hospizbewegung wurde hauptsächlich von Laien getragen, während die Palliativmedizin eher ärztlichen Charakter hatte. Auch heute noch wird beanstandet, dass es in Hospizen an ärztlicher Präsenz mangle und eine Vielzahl der Patienten in Hospizen durch Hausärzte versorgt werde, die nicht ausreichend palliativ-medizinisch qualifiziert seien³².

Trotz der lange Zeit getrennten Entwicklung hat mittlerweile eine Veränderung des Verhältnisses von Hospizarbeit und Palliativmedizin eingesetzt. Obwohl Ausgangspunkt der Palliativmedizin die medizinische Versorgung ist, bei der Hospizbewegung aber die soziale Betreuung im Vordergrund steht, sind letztlich beides Ansätze zur Er-

²⁸ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Klaschik*, in: Husebø/Klaschik, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 6; *ders.*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 730.

²⁹ *Engelmann*, GesR 2010, S. 578; *Klaschik*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 730; *ders.*, in: Husebø/Klaschik, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 6.

³⁰ BT-Drs. 15/5858, S. 11; *Klinkhammer*, DÄ 2007, S. A-1066.

³¹ BT-Drs. 15/5858, S. 13; *Klinkhammer*, DÄ 2007, S. A-1066.

³² Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 12. Vgl. auch BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Sabatowski/Radbruch/Nauck/Loick/Meuser/Lehmann*, Der Schmerz 2001, S. 317.

möglichkeit eines Sterbens in Würde. Beide haben sich zum Ziel gesetzt, den Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen entsprechend ein ganzheitliches Betreuungs- und Behandlungsangebot zur Verfügung zu stellen. Darum erscheint im Hinblick auf eine möglichst umfassende, die verschiedenen Behandlungsmethoden berücksichtigende Versorgung eine stärkere Kooperation und partnerschaftliche Zusammenarbeit sinnvoll³³. Hospize müssen palliativ-medizinisch erfahrene Ärzte in ihre Versorgung einbinden; Ärzte wiederum müssen lernen, den „empathischen Teil der Hospizidee in sich aufzunehmen“³⁴. Es ist daher zu wünschen und zu erwarten, dass künftig eine noch stärkere Vernetzung erfolgen wird, die den mehrdimensionalen Bedürfnissen der Palliativpatienten Rechnung trägt.

b) Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland

In Deutschland entwickelte sich die Palliativmedizin später als in Großbritannien. Zwar wurden erste Kontakte zur englischen Hospizbewegung geknüpft, dabei handelte es sich jedoch zunächst nur um Einzelinitiativen. Am Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen beispielsweise wurde bereits in den 60er Jahren Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Sterbe- und Angehörigenbegleitung in die Krankenhausarbeit integriert³⁵. Erst 1983 wurde mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln die erste deutsche „Station für Palliative Therapie“ eröffnet, welche sich am englischen Vorbild orientierte³⁶. Auch hier folgte kurze Zeit später die Einrichtung eines Hausbetreuungsdienstes. Im Jahre 1992 wurde mit der Fertigstellung des Mildred-Scheel-Hauses dieses Modellprojekt nochmals verbessert, indem nicht nur Palliativmedizin in größerem Umfang praktiziert, sondern auch eine praktische und theoretische Ausbildung zu palliativ-medizinischen Themen angeboten wurde³⁷.

³³ BT-Drs. 15/5858, S. 9; *Marburger*, WzS 2009, S. 137.

³⁴ *Eckart*, in: Aderheiden/Bardenheuer/Eckart, *Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer ars moriendi*, S. 45.

³⁵ BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Kapitel 1.1, S. 5; *Radbruch/Zech*, in: Aulbert/Klaschik/Pichlmaier, *Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe*, S. 56; *Zech*, in: Klaschik/Nauck, *Palliativmedizin heute*, S. 90.

³⁶ BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Engelmann*, GesR 2010, S. 578; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Kapitel 1.1, S. 6.

³⁷ *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Kapitel 1.1, S. 6 f.; *Zech*, in: Klaschik/Nauck, *Palliativmedizin heute*, S. 96.

Im Jahre 1991 begann erstmals ein von staatlicher Seite initiiertes Palliativprojekt. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützte in mehreren Krankenhäusern die Einrichtung von Palliativstationen als Modellprojekt³⁸. Nach Auslaufen der Förderung 1994 konnten die meisten Einrichtungen durch andere Träger weiterfinanziert werden³⁹. Eine erste Bestandsaufnahme der bestehenden palliativ-medizinischen Strukturen in Deutschland begann 1993. Dabei sollten Erkenntnisse über den derzeitigen Versorgungsstand gesammelt werden. Zu diesem Zeitpunkt existierten in der Bundesrepublik 32 stationäre Einrichtungen mit 297 Betten, davon 11 stationäre Hospize und 21 Palliativstationen⁴⁰. Zehn Jahre später standen in 206 stationären Einrichtungen insgesamt 1.774 Betten zur Verfügung⁴¹.

Der Aufbau einer palliativ-medizinischen Infrastruktur hat auch zu einer zunehmenden Institutionalisierung und Professionalisierung geführt. Im Jahre 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin gegründet. Dabei handelt es sich um eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft und Gesellschaft für alle Interessierten in palliativ-medizinischen Berufsgruppen. Ihre Ziele sind die Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung im palliativ-medizinischen Sektor, die Forschungsförderung, die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen und die Verbesserung der palliativ-medizinischen Versorgungsstrukturen⁴².

c) Entwicklung der Hospizarbeit in Deutschland

Das Wort „Hospiz“ steht im weiteren Sinne für ein Versorgungskonzept. Der Name leitet sich vom lateinischen „hospitium“ (= Herberge/gastliche Aufnahme) ab⁴³. Dementsprechend sollen Hospize Herbergen sein für schwerstkranke und sterbende Men-

³⁸ BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 7.

³⁹ BT-Drs. 15/5858, S. 15; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 7.

⁴⁰ BT-Drs. 15/5858, S. 15 für Dezember 1993. Vgl. bei *Zech*, in: *Klaschik/Nauck*, Palliativmedizin heute, S. 96 ähnliche Zahlen für Mai 1993. Ähnliche Angaben auch bei *Klaschik*, in: *Zenz/Jurna*, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 730.

⁴¹ BT-Drs. 15/5858, S. 1. Ähnliche Angaben bei *Noftz*, in: *Hauck/Noftz*, Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 4.

⁴² Vgl. Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Art. 2.

⁴³ *Arnold/Mailahn/Wilck*, *Psyhyrembel*, klinisches Wörterbuch 2013, Stichwort: Hospiz; *Noftz*, in: *Hauck/Noftz*, Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 4.

schen. Die Hospizidee beinhaltet das Ziel, Menschen ein würdiges Sterben zu ermöglichen, bei dem der Wille des Patienten im Mittelpunkt steht. Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Erkrankung sollen unterstützt und gepflegt werden, damit sie in dieser Zeit so bewusst und zufrieden wie möglich leben können. Der Hospizbewegung liegt ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde und sie versteht den Sterbeprozess als vollwertigen und wesentlichen Teil des menschlichen Lebens⁴⁴. Auch die Einbeziehung von Angehörigen und Freunden ist ein wichtiger Teil der Hospizarbeit, da der Mensch als Beziehungswesen auch im Sterbeprozess als sozial integriert angesehen wird. Vorrangig möchte die Hospizbewegung den Patienten ein Sterben in der häuslichen Umgebung ermöglichen. Dazu ist die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams, bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen, Physiotherapeuten und ehrenamtlichen Helfern nötig⁴⁵. Nur so kann auf den individuellen Versorgungsbedarf der einzelnen Patienten adäquat eingegangen werden.

Daneben existiert ein engeres Begriffsverständnis von „Hospiz“. Im engeren Sinne versteht man die stationäre Verwirklichung der Hospizidee in einem „freistehenden“ Gebäude mit eigener Infrastruktur. Es handelt sich dabei also um eine Einrichtung zur Sterbebegleitung, die pflegerische Betreuung, menschliche Zuwendung und palliativmedizinische Versorgung für Patienten in der letzten Lebensphase bietet⁴⁶.

Die in England bereits Ende der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts entstandene Hospizbewegung begann sich in Deutschland erst später zu etablieren. Zwar wurden bereits zu dieser Zeit Kontakte mit der englischen Hospizbewegung aufgenommen, Bekanntheit erlangte diese in Deutschland jedoch erst durch den Dokumentarfilm „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“ über die letzten Tage eines Patienten des St. Christopher’s Hospice, welcher 1971 ausgestrahlt wurde⁴⁷. Der Film bewirkte allerdings eine Assoziation von Hospizen mit „Sterbekliniken“ und führte so zu Missverständnissen der Hospizidee, indem diese sogar als Schritt in Richtung Euthanasie gewertet wur-

⁴⁴ BT-Drs. 15/5858, S. 8.

⁴⁵ BT-Drs. 15/5858, S. 8; *Noftz*, in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 7; *Schmidt*, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 8.

⁴⁶ *Klaschik*, in: Zenz/Jurna, Lehrbuch der Schmerztherapie, Kapitel D 11, S. 734 f.; *Schmidt*, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 8.

⁴⁷ BT-Drs. 15/5858, S. 29; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5.

de⁴⁸. In der Folge begegnete die Hospizidee immer wieder großen ethischen Vorbehalten. Kritisiert wurde vor allem, dass eine Tendenz zur Abschiebung von Sterbenden aus dem familiären Umfeld zu befürchten sei⁴⁹. Grund für diese Sichtweise war wohl unter anderem eine mangelhafte Information über die Ziele der Hospizbewegung. Diese ablehnende Haltung der Gesellschaft zeigt sich auch in einer Anfrage des Bundesministeriums für Jugend, Gesundheit und Familie im Jahr 1978 „nach einer Befürwortung des Baus von Sterbekliniken in Deutschland“, die von den befragten Kirchen und Wohlfahrtsverbänden mehrheitlich abgelehnt wurde⁵⁰.

Im Jahre 1984 etablierte *Johann Christoph Student* an der Evangelischen Fachhochschule Hannover die Arbeitsgruppe „Zuhause sterben“, welche die Verbesserung der Situation Schwerstkranker und Sterbender nach dem Hospizgedanken im Blickfeld hatte⁵¹. Zwei Jahre später wurde das erste stationäre Hospiz auf die Initiative von Pater *Paul Türks* im Anschluss an ein Aachener Altenheim gegründet. Das „Haus Hörn“ wurde nicht von einem Arzt, sondern einem Geistlichen geleitet, wobei die medizinische Versorgung durch Hausärzte erfolgte⁵². Dieses Modell ist typisch für die in Deutschland existierende Trennung zwischen Hospizarbeit und Palliativmedizin. Erst in den 90er Jahren breitete sich die Hospizidee in Deutschland aus und führte zur Gründung diverser ihrer Unterstützung dienender Initiativen und Vereine.

So wurde 1992 schließlich die Bundesarbeitsgemeinschaft zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin (BAG Hospiz) gegründet⁵³. Ihre Aufgaben sind vor allem die Verbreitung und Entwicklung des Hospizgedankens, die Sicherung der Qualität in der Hospizarbeit, die Förderung der For-

⁴⁸ *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5 f.; BT-Drs. 15/5858, S. 29; *Radbruch/Zech*, in: Aulbert/Klaschik/Pichlmaier, Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe, 56 f.; *Zech*, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 90 f.

⁴⁹ BT-Drs. 15/5858, S. 29.

⁵⁰ *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 5 f.; *Zech*, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 90.

⁵¹ BT-Drs. 15/5858, S. 29; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 6; *Zech*, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 92.

⁵² BT-Drs. 15/5858, S. 29; *Zech*, in: Klaschik/Nauck, Palliativmedizin heute, S. 93.

⁵³ BT-Drs. 15/5858, S. 29; *Beyer*, in: Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar Sozialgesetzbuch, § 39a SGB V Rn. 2; *Radbruch/Nauck/Aulbert*, in: Aulbert/Nauck/Radbruch, Lehrbuch der Palliativmedizin, Kapitel 1.1, S. 6.

schung sowie die Beratung von Mitgliedern und Interessierten⁵⁴. 2008 wurde die BAG Hospiz in „Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.“ umbenannt. Diese Umbenennung ist ein Hinweis auf das sich im Vordringen befindliche, einheitliche Verständnis einer Palliativversorgung, die sowohl Hospizarbeit als auch Palliativmedizin umfasst. Eine Versorgung Schwerstkranker und Sterbender hat interdisziplinär mittels einer koordinierten Zusammenarbeit zwischen medizinischer Versorgung und Sterbebegleitung zu erfolgen. Darum wird im Folgenden allgemein von „Palliativversorgung“ gesprochen, was sowohl Palliativmedizin als auch Hospizarbeit einschließt.

d) Gegenwärtige Versorgungssituation

Es ist zunächst zwischen einer allgemeinen palliativ-medizinischen Versorgung und einer spezialisierten Palliativversorgung für Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf zu unterscheiden. Die allgemeine palliativ-medizinische Versorgung erfolgt im stationären Bereich in allgemeinen Krankenhausabteilungen und ambulant in den primären Versorgungsstrukturen der niedergelassenen (Haus-)Ärzte, der ambulanten Pflegedienste oder ambulanten Hospizdienste⁵⁵. Spezialisierte stationäre Palliativversorgung wird in stationären Hospizen, Pflegeeinrichtungen sowie speziellen Palliativstationen geleistet; spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch sogenannte Palliative-Care-Teams, in denen verschiedene Professionen – Ärzte, Pfleger, Psychologen und Seelsorger – zusammenarbeiten⁵⁶. Letztere ist allerdings nur dann erforderlich, wenn Patienten einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben, der mittels der Regelversorgung nicht gedeckt werden kann.

Im Jahr 2011 sind laut den Angaben des Statistischen Bundesamtes ca. 852.000 Menschen verstorben⁵⁷. Nach einer Studie der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizhilfe hätten im Jahr 2008 etwa 60 Prozent der Verstorbenen palliative Fürsorge und hospizliche Begleitung benötigt⁵⁸. Jedoch hat nur jeder Fünfte tatsächlich eine ent-

⁵⁴ BT-Drs. 15/5858, S. 30.

⁵⁵ Engelmann, GesR 2010, S. 579.

⁵⁶ Engelmann, GesR 2010, S. 579, 584.

⁵⁷ Pressemitteilung Nr. 425 vom 06.12.2012 (abrufbar unter www.destatis.de).

⁵⁸ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland,

sprechende Versorgung erhalten; ca. 23.000 Menschen wurden in einem stationären Hospiz begleitet, 44.000 auf einer Palliativstation und nicht einmal ganz 4.000 erhielten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung⁵⁹. 39.000 Menschen wurden von ehrenamtlich arbeitenden ambulanten Hospizdiensten begleitet⁶⁰.

Im Bereich der spezialisierten stationären Palliativversorgung, die in Hospizeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder speziellen Palliativstationen erfolgt, wurden in den letzten 25 Jahren große Fortschritte gemacht. Während es 1990 lediglich drei Palliativstationen und drei stationäre Hospize gab, ist deren Zahl 2007 bereits auf 139 bzw. 151 angewachsen. Aktuell gibt es 231 Palliativstationen und 195 stationäre Hospize⁶¹. Trotzdem ist die Versorgungslage unzureichend. Stationäre Hospize verfügen im Durchschnitt über 11,2 Betten, somit entfällt bei 507.000 bedürftigen Patienten nur auf jeden 274-ten ein Platz⁶². Die durchschnittliche Anzahl der Betten in Palliativstationen liegt bei 8,5. Mithin entfällt hier auf jeden 312-ten Bedürftigen ein Platz⁶³.

Ebenfalls problematisch ist die Lage bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Diese wird nach Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin jährlich von ca. 80.000 sterbenden Menschen benötigt, allerdings ist die Zahl der tatsächlich mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung betreuten Patienten wesentlich geringer. Dem Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2011 zufolge betrug die Zahl der Abrechnungsfälle im Jahr 2011 46.764 und ist damit im Vergleich zum Vorjahr (29.073 Abrech-

Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 2, zwar bezogen auf das Jahr 2008, aber die Bedarfszahlen dürften jedenfalls nicht geringer geworden sein.

⁵⁹ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 2.

⁶⁰ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 2.

⁶¹ Zahlenmaterial: vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Entwicklung der stationären Hospiz- und Palliativstationen – Stand: 01/2011 bzw. 11/2011 (abrufbar unter www.dhvpv.de); *Klaschik*, in: Husebø/Klaschik, Palliativmedizin, Kapitel 1, S. 6.

⁶² Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 6.

⁶³ Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, HPCV-Studie 2010 „Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative Care Versorgung in Deutschland, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010, S. 7.